לכבוד
אגף הרפואה,
קופת חולים מאוחדת
אבן גבירול 124 תל אביב 62038

תאריך: _____

טופס בקשה לאישור השתתפות מאוחדת ברכישת מכשיר CPAP

עפ"י הפניית רופא מאוחדת, נבדקתי במכון שינה _____ בתאריך _____.
בעקבות ההמלצה שקיבלתי לשימוש במכשיר CPAP (ראה תוצאות הבדיקה וההמלצות המצורפות), אני שולח/ת בקשה זו לאישור השתתפות מאוחדת במימון רכישת המכשיר.

בכבוד רב,
שם: _____
ת.ז.: _____
כתובת: _____
_____

_____

חתימה

לכבוד
_____
_____
_____

תאריך: _____

א.ג.נ.

הרני מתכבד להודיעך כי בקשתך לאישור השתתפות מאוחדת במימון רכישת מכשיר CPAP:

☐ **אושרה**
☐ **נדחתה**

בברכה,

אגף רפואה